

ZGODA / UMOWA NA WYKONANIE ZABIEGU ESTETYCZNEGO

W trosce o bezpieczeństwo wykonywanego zabiegu prosimy o wypełnienie niniejszego dokumentu.

Daje on Państwu podstawową informację na temat przeciwwskazań do wykonania zabiegów medycyny / kosmetologii estetycznej, a nam pewność,

DANE KLIENTA że efekt pracy będzie dokładnie taki jak oczekiwaliśmy.

NAZWISKO

IMIĘ

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

DATA URODZENIA

PESEL

NUMER TELEFONU

OSOCZE BOGATOPLYTKOWE - PRP PLATET RICH PLASMA - WAMPIRZY LIFTING FIBRYNA BOGATOPLYTKOWA FIBRYBA STRUKTURALNA FULL FACE NATURAL

Zabiegi wykorzystują koncentrat pozyskiwany z krwi. Krew w dniu zabiegu jest pobrana od Ciebie, a następnie odwirowana. Uzyskany produkt jest w pełni biozgodny, co przekłada się na wysoce bezpieczną procedurę zabiegową z maksymalną korzyścią dla tkanek. Koncentrat podaje się za pomocą iniekcji.

Osocze krwi jest bogate w czynniki wzrostu oraz komórki macierzyste, które wpływają na procesy naturalnie zachodzące w tkankach. Operator zabiegu doradzi najlepszą z opcji dopasowaną do potrzeb skóry i oczekiwań.

Efekty, które gwarantują powyższe zabiegi - każdy z nich:

- regeneracja tkanek
- odżywienie tkanek
- poprawa ukrwienia
- dotlenienie
- nawilżenie
- stymulacja do przebudowy blizn
- redukcja stanów zapalnych
- pomocniczo przy leczeniu łysienia

dodatkowo:

- fibryna bogatopłytkowa - wypełni drobne zmarszczki
- fibryna strukturalna - redukcja ubytku tkanek, remodeling policzków, redukcja bruzdy nosowo - wargowej, ujędrnienie skóry
- full face natural - modelowanie / wolumetria twarzy

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGÓW Z UŻYCIEM OSOCZA/FIBRYNY:

- choroby nowotworowa i okres 5 lat od całkowitego zakończenia leczenia onkologicznego
 - ciąża i karmienie piersią
 - zakażenia wirusowe
- przewlekłe choroby wątroby
 - objawy infekcji
- stosowanie leków immunosupresyjnych
 - stosowanie leków z grupy NLPZ
- stosowanie leków obniżających krzepnięcie krwi
- część chorób o podłożu autoimmunologicznym

Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań do wykonania zabiegu oraz, że wiadomości dotyczące zabiegu są dla mnie zrozumiałe. Zapoznałam/em się z informacjami jak postępować po zabiegu.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS



Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaciezabije

📷 matkaciezabije

POWIKŁANIA / SKUTKI UBOCZNE - INFORMACJA

Biozgodność produktu wpływa na znikome prawdopodobieństwo wystąpienia reakcji alergicznej. Po zabiegu może pojawić się (nie musi) obrzęk, rumień, siniaki / krwiaki, ból w miejscu iniekcji, uczucie napięcia skóry.

ZALECENIA POZABIEGOWE

- 48 h po zabiegu nie wykonuj makijażu
- dbaj o higienę miejsca zabiegowego - zmień ręcznik do twarzy oraz poszewkę
- 2 dni po zabiegu nie dotykaj miejsca zabiegowego, unikaj kontaktu (dotyku) ze zwierzętami
- 2 dni po zabiegu unikaj wysiłku fizycznego
- 4 tygodnie po zabiegu nie wykonuj zabiegów: makijażu permanentnego, laseroterapii w miejscu iniekcji, peelingów
- bezpośrednio po zabiegu nie zażywaj Aspiryny i nie spożywaj alkoholu
- dbaj o nawodnienie organizmu 2,5-3 litrów wody dziennie
- na opuchliznę i / lub siniaki aplikuj masć arnikową (używaj jednorazowego patyczka, nie palca)

ANKIETA ZDROWOTNA

1. Czy chorowałeś/eś /chorujesz na choroby przewlekłe / narządów wewnętrznych? Jeśli tak podaj nazwę choroby.
.....
2. Czy chorujesz na chorobę zakaźną (HIV, ADIS, WZW, BORELIOZA, GRUŻLICA, INNE)? Jeśli tak podaj nazwę choroby.
.....
3. Czy chorujesz na schorzenia autoimmunologiczne? Jeśli tak podaj nazwę choroby.
.....
4. Czy jesteś alergikiem? Jeśli tak, napisz na co.
.....
5. Czy jesteś pod stałą opieką poradni? Jeśli tak, napisz pod jaką.
.....
6. Czy przyjmujesz leki na stałe? Jeśli tak, napisz jakie.
.....
7. Czy w ostatnim czasie przyjmowałeś/eś jakieś leki? Jeśli tak podaj nazwę i czas stosowania.
.....
8. Czy przebyłeś/eś operacje/zabiegi medyczne? Jeśli tak napisz jakie i kiedy.
.....
9. Czy stosowałeś/eś zioła lub suplementy diety? Jeśli tak, napisz jakie.
.....
10. Czy chorujesz lub chorowałeś/eś na nowotwór? Jeśli tak podaj okres.
.....
11. Czy cierpisz/cierpiałeś/eś na choroby skórne? Jeśli tak, podaj nazwę choroby.
.....
12. Czy masz tendencję do tworzenia się keloidów lub/i blizn przerosłych?
.....
13. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin spożywałeś/eś alkohol lub środki psychoaktywne?
.....
14. Czy stosujesz odżywki do brwi/rzęs? Jeśli tak, napisz od kiedy i jakie.
.....
15. Czy jesteś w ciąży lub w trakcie laktacji?
.....
16. Kiedy wykonywałeś/eś ostatnie badania krwi - morfologia i jaki był wynik CRP?
.....



Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaciezabije

📷 matkaciezabije

OŚWIADCZENIA / ZGODY

Jestem świadoma/-y, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia oraz skuteczność ewentualnej terapii są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku oraz zależą od wielu czynników takich jak: wiek, stan zdrowia, indywidualna reakcja ze strony skóry/organizmu, historii wykonywanych zabiegów. Rozumiem, że proces gojenia związany jest ze stanem zapalnym, obrzękami, siniakami, podrażnieniem, zaczerwienieniem, tkliwością obszaru objętego zabiegiem.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią i wszystkie informacje zawarte w formularzu są zgodne z prawdą. Wszystkie informacje udzielone przez osobę wykonującą zabieg są czytelne, zrozumiałe i klarowne. Oświadczam, że miałam/-em możliwość zadawania pytań osobie wykonującej zabieg oraz rozwiła wszystkie moje wątpliwości dotyczące zabiegu, wytłumaczyła mi procedurę zabiegową oraz omówiła ze mną efekty zabiegowe. Zobowiązuję się przestrzegać zaleceń udzielonych mi po zabiegu. Mam świadomość, że niewłaściwe postępowanie (nie stosowanie się do zaleceń około zabiegowych) może wpłynąć negatywnie na efekt zabiegu oraz na stan mojego zdrowia (powikłania, zakażenia, infekcję, uszkodzenie skóry, utrata zdrowia).

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o przeciwwskazaniach do zabiegu, technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu, potencjalnych reakcjach niepożądanych, sposobie działania preparatów użytych w zabiegu, potencjalnych powikłaniach oraz następstwach po zabiegowych, sposobie postępowania po zabiegu, odstępach pomiędzy zabiegami, minimalnej ilości zabiegów pozwalającej uzyskać zamierzony efekt.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Oświadczam, że zrozumiałam/-em, że efekty każdego zabiegu są ograniczone w czasie i zależą od wielu czynników takich jak: stan, zdrowia, przebyte choroby, pielęgnacja, powtarzanie zabiegu. Mam świadomość, że efekty zabiegu zwłaszcza w przypadku wypełniaczy są uzależnione od budowy anatomicznej i mogą odbiegać od oczekiwań lub wyobrażeń.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Oświadczam, że odpowiedziałam/-em zgodnie z prawdą na pytania dotyczące mojego stanu zdrowia, historii chorobowej, ciąży lub jej braku, zażywanych leków, suplementach diety czy ziołach. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z regulaminem studia i jestem świadoma/-y wynikających z niego ograniczeń

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaciezabije

📷 matkaciezabije

